

## Kardiovaskuläre Prävention

# Risikofaktoren schaden Frauen mehr

Neben den klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren begünstigen auch nicht klassische wie Stress, psychische Störungen, Migräne und Schlafstörungen kardiovaskuläre Ereignisse, wie Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. Catherine Gebhard, Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital Bern, am Swiss Prevention Summit in Bern ausführte. Frauen sind davon häufiger betroffen und zum Teil schwerer als Männer.

**G**eschlechterunterschiede gibt es in vielen Bereichen, so auch bei den kardiovaskulären Risikofaktoren. Die klassischen Risikofaktoren wie Diabetes, metabolisches Syndrom, Rauchen, Hypertonie und Herzinfarkt in der Familie sind im Grossen und Ganzen gleich verteilt, wiegen bei Frauen jedoch schwerer, und die Zielwerte werden von Frauen weniger oft erreicht als von Männern, wie Prof. Gebhard erklärte. Beispielsweise wirkt sich ein hoher Blutdruck bei Frauen schädigender aus als bei Männern, und nur etwa ein Drittel der älteren Frauen erreicht den Zielwert. Klassische Risikofaktoren schaden demnach Frauen schon bei niedrigeren Werten, und sie werden schlechter eingestellt (1,2).

Neben den klassischen gibt es noch eine Reihe nicht klassischer Risikofaktoren, die bei Frauen häufiger vorkommen: Dazu gehören mentaler Stress, Schlafstörungen, Depression und Angststörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen, Migräne mit Aura, niedriger sozioökonomischer Status, tiefer Bildungsstatus. Einige dieser Risikofaktoren sind nicht oder kaum behandelbar. Trotzdem sei es wichtig, sie zu erfassen, damit jene Risikofaktoren, die behandelbar seien, noch strikter eingestellt werden könnten, wie Prof. Gebhard betonte.

Zusätzlich zu den klassischen und nicht klassischen Risikofaktoren gibt es die frauenspezifischen Risikofaktoren,

die auf Hormonstörungen, Schwangerschaftskomplikationen, Endometriose und Brustkrebstherapien zurückgehen.

Auch protektive Faktoren wirken sich bei den Geschlechtern unterschiedlich aus.

### Psyche, Schlaf & Migräne

Mentaler Stress ist ein kardiovaskulärer Risikofaktor. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung fand eine erhebliche psychische Belastung der Schweizer Bevölkerung. Diese hat seit den letzten fünf Jahren weiter zugenommen, und zwar besonders deutlich bei jungen Frauen im Alter von 15–24 Jahren (+ 10%) (3).

Ein weiterer, unter Frauen sehr verbreiteter kardiovaskulärer Risikofaktor sind Schlafstörungen. Gemäss dieser Gesundheitsbefragung leiden 44% der Frauen an Ein- oder Durchschlafstörungen (Männer: ca. 30%) (3). Eine Studie bei 2964 Frauen im Alter von 42–52 Jahren mit einem Follow-up über 20 Jahre zeigt, dass mit zunehmender Stärke dieser Schlafstörungen auch das kardiovaskuläre Risiko mit den Jahren ansteigt (4).

Migräne wird ebenfalls als kardiovaskulärer Risikofaktor angesehen. Zwei von drei Migränebetroffenen sind weiblich. Eine Kohortenstudie zeigt, dass sowohl Myokardinfarkte als auch ischämische Schlaganfälle in der Migränekohorte über den Zeitverlauf von 20 Jahren häufiger auftreten als in der Kohorte ohne Migräne (5). Der Mechanismus ist unklar, doch es wird vermutet, dass die Ereignisse aufgrund der durch die Migräne unterhaltenen Ko-Faktoren, wie beispielsweise chronischer Stress durch die Schmerzen, systemische Inflammation, chronischer Gebrauch von nicht steroidal entzündungshemmenden Mitteln (NSAID) und Bewegungsarmut, häufiger eintreten (5). Gemäss den Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) zur kardiovaskulären Prävention sollte die Migräne in die Abklärung mit einbezogen werden (6).

### Beschleuniger für Risikofaktoren

Autoimmunerkrankungen, Depression und Angststörungen treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Sie gelten als Beschleuniger für andere kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes, was vermutlich über die chronische Entzündung bzw. über stressassoziierte Neuroimmun-Pathways vermittelt wird (7,8).

Frauenspezifische kardiovaskuläre Risikofaktoren wie beispielsweise die Endometriose treten bei 10–15% der Frauen



**Catherine Gebhard**  
(Foto: zVg)

### KURZ UND BÜNDIG

- Klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren wiegen bei Frauen schwerer.
- Nicht klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren sind bei Frauen häufiger, vor allem bei jungen.
- Frauenspezifische Risikofaktoren begünstigen die Entstehung von klassischen Risikofaktoren.
- Hormonersatztherapien begünstigen das Lipidprofil, erhöhen aber das Thromboserisiko.
- Eine frühe kardiovaskuläre Risikoabklärung ermöglicht eine frühzeitige Prävention.

## LINKTIPPS

**Frauenherzzentrum Inselspital**

<https://kardiologie.insel.ch/de/unser-angebot/frauenherzzentrum>

**Fragebogen zur kardiovaskulären Risikoabschätzung für Frauen**

[https://kardiologie.insel.ch/fileadmin/Kardiologie/pdf/Angebot/2023-06-01\\_Fragebogen\\_Frauen.pdf](https://kardiologie.insel.ch/fileadmin/Kardiologie/pdf/Angebot/2023-06-01_Fragebogen_Frauen.pdf)

im gebärfähigen Alter auf, bei einem Viertel bis der Hälfte der Betroffenen mit unerfülltem Kinderwunsch. Frauen mit Endometriose entwickeln mit den Jahren ein höheres kardiovaskuläres Risiko als Frauen ohne Endometriose, wie eine dänische Registerstudie über einen Zeitverlauf von 40 Jahren ergab (9,10). Als Mechanismus werde ein chronisch schmerzhafter Zustand und der damit verbundene Stress sowie die Einnahme von NSAID vermutet, so Prof. Gebhard.

**Menopause und Hormonersatztherapien**

In Europa waren im Jahr 2023 etwa 15% der Frauen im menopausalen Altersbereich (45–55 Jahre). Vasomotorensymptome wie Hitzewallungen und nächtliche Schweißausbrüche betreffen etwa 40% der Frauen während der Menopause und begünstigen die Entstehung von Hypertonie, Dyslipidämie, Insulinresistenz/Diabetes, subklinischer Atherosklerose und kardiovaskulären Ereignissen. Weitere Symptome der Menopause sind Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Angst und Depression, die bereits als kardiovaskuläre Risikofaktoren gelten.

Eine Hormonersatztherapie (HRT) ist von den ESC-Guidelines zur Prävention oder zum Management von kardiovaskulären Ereignissen jedoch nicht empfohlen oder nicht erwähnt, wie Prof. Gebhard festhält. Ob eine HRT bei Eintreten eines kardiovaskulären Ereignisses abgesetzt werden muss, bleibt ebenfalls unbeantwortet. Gynäkologische Guidelines aus 2022 z.B. empfehlen dagegen eine HRT bei Frauen mit kardiovaskulärem Risiko primär- wie auch sekundärpräventiv (11).

Die heute verwendeten Dosierungen in der HRT sind viel tiefer als jene, die damals in der Women's-Health-Initiative-Studie (12) verwendet wurden, auf deren Daten sich die kardiologischen Guidelines beziehen.

Eine HRT verbessert die Menopausensymptome, das Lipidprofil, reduziert das Risiko für Diabetes und verlangsamt die Progressionsrate der Carotis-Intima-Media-Dicke. Zu beachten seien jedoch das Risiko für Brustkrebs und thromboembolische Ereignisse, vor allem bei oraler HRT, so Prof. Gebhard. Ein neuerer Trend ist die Verschreibung von Testosteron bei postmenopausalen Frauen mit Libidoverlust. Eine orale Testosterontherapie ist assoziiert mit ungünstigen Effekten auf das Lipidprofil, was bei der perkutanen und injizierbaren Therapie nicht der Fall ist. Eine ungünstige Wirkung auf den Blutdruck (Erhöhung) wurde jedoch nicht festgestellt (13). Welchen Effekt eine Testosterontherapie bei Frauen mit hohem kardiovaskulären Risiko habe, sei weiterhin nicht geklärt, so Prof. Gebhard.

**Bewegung hilft Frauen schneller**

In den ESC-Guidelines werden für beide Geschlechter unter anderem mindestens 150 Minuten Ausdauersport bei mittlerer Intensität empfohlen. Eine neue Studie zeigt jedoch, dass Sport zur Reduktion des kardiovaskulären Mortalitätsrisikos bei Frauen schneller protektiv wirkt als bei Männern. Das heisst: Frauen haben bereits bei niedrigeren Dosierungen einen protektiven Effekt. Sie profitieren mehr von 140 Minuten sportlicher Aktivität pro Woche als Männer von 300 Minuten Sport (14). Was für Frauen bereits mehr als genug sei, scheine für Männer zu wenig zu sein, folgerte Prof. Gebhard.

Weil Frauen bereits in jungen Jahren kardiovaskuläre Risiken entwickeln können, wären eine frühe Abklärung und Prävention sinnvoll. Ein guter Zeitpunkt dafür wäre beispielsweise die Schwangerschaft, so Prof. Gebhard. Geschlechterspezifische Fragebögen, die frauenspezifische Risikofaktoren berücksichtigen, sind auf der Website des Frauenherzzentrums des Inselspitals zur Sensibilisierung abrufbar. □

Valérie Herzog

Quelle: «Welche Risikofaktoren sind bei Frauen anders?». Prevention Summit, 24. Oktober 2024, Bern

## Referenzen:

1. Gebhard C: Women and acute coronary syndromes: still up to no good. Eur Heart J. 2017;38(14):1066-1068. doi:10.1093/eurheartj/ehx109
2. Regitz-Zagrosek V et al.: Gender medicine: effects of sex and gender on cardiovascular disease manifestation and outcomes. Nat Rev Cardiol. 2023;20(4):236-247. doi:10.1038/s41569-022-00797-4
3. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Bundesamt für Statistik. www.statistik.ch. Letzter Abruf: 6.11.24
4. Thurston RC et al.: Trajectories of Sleep Over Midlife and Incident Cardiovascular Disease Events in the Study of Women's Health Across the Nation. Circulation. 2024;149(7):545-555. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.066491
5. Elgendy IY et al.: Migraine Headache: An Under-Appreciated Risk Factor for Cardiovascular Disease in Women. J Am Heart Assoc. 2019;8(22):e014546. doi:10.1161/JAHA.119.014546
6. Visseren FLJ et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
7. Civieri G et al.: Anxiety and Depression Associated With Increased Cardiovascular Disease Risk Through Accelerated Development of Risk Factors. JACC Adv. 2024;3(9):101208. Published 2024 Aug 14. doi:10.1016/j.jaccadv.2024.101208
8. Mortensen MB et al.: Association of Autoimmune Diseases With Coronary Atherosclerosis Severity and Ischemic Events. J Am Coll Cardiol. 2024;83(25):2643-2654. doi:10.1016/j.jacc.2024.04.030
9. Havers-Borgersen E et al.: Endometriosis and Long-Term Cardiovascular Risk: A Nationwide Danish study. Eur Heart J. 2024;45(44):4734-4743. doi:10.1093/eurheartj/ehae563
10. Imboden S et al.: Endometriose. Swiss Med Forum. 2017;17:654-659.
11. Lambrinoudaki I et al.: Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. Maturitas. 2022;163:1-14. doi:10.1016/j.maturitas.2022.04.008
12. Rossouw JE et al.: Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-333. doi:10.1001/jama.288.3.321
13. Davis SR et al.: Global Consensus Position Statement on the use of Testosterone Therapy for Women. Maturitas. 2019;128:89-93. doi:10.1016/j.maturitas.2019.07.001
14. Ji H et al.: Sex Differences in Association of Physical Activity With All-Cause and Cardiovascular Mortality. J Am Coll Cardiol. 2024;83(8):783-793. doi:10.1016/j.jacc.2023.12.019